SPORT-ÉTUDES SAISON 2010-2011

Fiche médicale

Nom :		Assurance maladie :
Prénom :		Expiration : année mois

RÉFÉRENCES EN CAS D'URGENCE		
Nom :		
Prénom :		
Adresse :		
Code postal :		
No. tél. (Domicile) :		
No. tél. (Travail) :		
No. tél. (Cellulaire) :		
Adresse électronique :		

ÉTAT DE SANTÉ DE LA PATINEUSE OU DU PATINEUR
Souffre-t-elle de : anémie, asthme, diabète, haute pression, basse pression ou de tout autre **problème de santé** à mentionner ? Si oui, spécifier :
Est-elle allergique à des **médicaments** tels, novocaïne, sulfa, pénicilline ou tout autre médicament ? Si oui, spécifier :
Est-elle allergique à des **aliments** ? Si oui, spécifier :
Prend-elle des médicaments sur une base régulière (R) ou occasionnelle (O) ? Si oui, spécifier : (R) (O)
Porte-t-elle des **prothèses, verres ou lentilles cornéennes** ? Si oui, spécifier :
Depuis 2 ans, a-t-elle été victime de blessure(s) à la tête, au dos, articulaire(s), dislocation, fracture(s) ou tout autre blessure à mentionner ? Si oui, spécifier :
Nom du médecin traitant : _____ No. tél. : _____
Nom de la clinique : _____ No. tél. : _____

J'atteste que les informations précédentes sont véridiques, conformes, et je m'engage à communiquer au comité responsable du Sport-Études toute information devant être mise à jour.

Signature du patineur (ou du tuteur légal) : _____ Date : _____